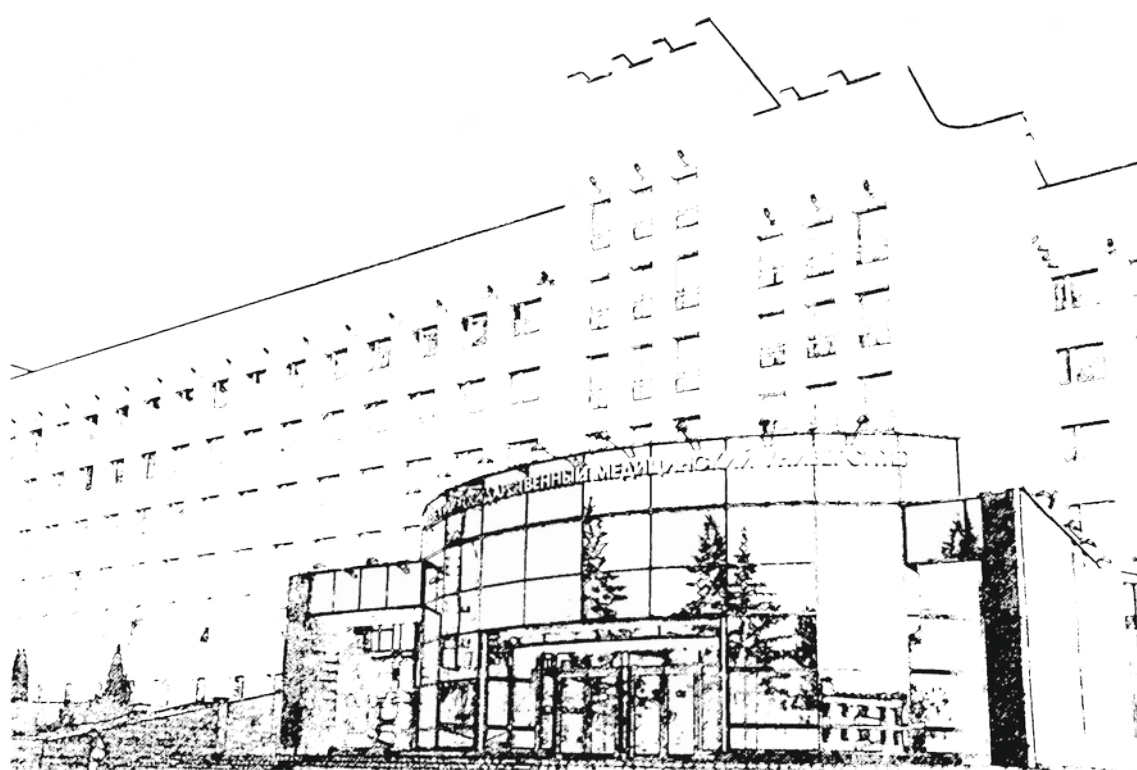


В.И. Петухов

**СБОРНИК
КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ
ПО ХИРУРГИИ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ
И САМОКОНТРОЛЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ**

методические рекомендации
для врачей интернов и руководителей интернов



Витебск
2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ХИРУРГИИ ФПК и ПК



В.И. Петухов

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ПО ХИРУРГИИ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И САМОКОНТРОЛЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ

методические рекомендации
для врачей интернов и руководителей интернов

Витебск, 2021

УДК 616-089:378.147.88 (076.1)

ББК 54.56я73

П 31

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор Т.С.Дивакова.

Петухов В.И.

П 31 Сборник клинических задач по хирургии для самоподготовки и самоконтроля врачей-интернов : метод. реком. для врачей интернов и руководителей интернов / В.И. Петухов. – Витебск, 2021. – 76 с.

Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим Советом ВГМУ (Протокол № 10 от 16.12.2020г.)

ISBN 978-985-580-051-5

ISBN 978-985-580-051-5

© Петухов В.И., 2021

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2021

Учебное издание

Петухов Владимир Иванович

СБОРНИК
клинических задач
по хирургии для самоподготовки и
самоконтроля врачей-интернов
методические рекомендации
для врачей интернов и руководителей интернов

Редактор Петухов В.И.
Компьютерная верстка Мотоусова Л.В.

Подписано в печать _____ г. Формат бумаги 64х84/16
Бумага типографская №2. Ризография.
Усл. печ. л. ____ Уч.-изд. л. ____
Тираж ____ экз. Заказ ____
Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549444 от 14.12.2020
Пр-т Фрунзе, 27, 210009, г.Витебск.

ВВЕДЕНИЕ

Данный сборник предназначен для подготовки врачей интернов по специальности «Хирургия». Включенные в сборник задачи не создавались как классическое теоретическое дополнение к экзаменационному билету. Это краткие выписки из реальных историй болезни, которые собирались на протяжении многих лет. Сборник состоит из разделов, озаглавленных «Аппендицит», «Грыжи», «Заболевания желчных путей» и т.д., но названия эти условны. В каждой из представленных задач рассматривается ситуация, возможно связанная с патологией, вынесенной в название раздела, однако в процессе разбора и дифференциальной диагностики, диагноз может оказаться другим. Вопросы поставлены таким образом, что работа над задачей требует размышления, обращения к литературным источникам. На некоторые из этих вопросов, ответы можно найти в интернете. Но, как правило, каждая задача требует ответа на ряд вопросов, при этом предполагается, что и ответ должен быть развернутым, оформленным как обсуждение. Более того, ряд задач не имеет очевидных и однозначных ответов, что требует от пользователя размышлений, и часто помощи более опытного коллеги (консилиума).

Данные задачи предназначены для самоподготовки и самоконтроля врачей интернов и являются методическим пособием как для самих врачей-интернов, так и для их руководителей. Мы считаем, что они должны использоваться для индивидуального и группового разбора совместно с руководителями интернов, которые выступают в качестве консультантов. В то же время консультант, должен стимулировать интерна к тому, чтобы тот сам поискал ответы на вопросы в доступных ему ресурсах, а затем представил своё решение для обсуждения и оценки. Молодой хирург должен помнить, что он не

первый, кто ступил на этот путь и принятие решений должно основываться не на его представлениях, как делать правильно, а на опыте его предшественников. Порой этот опыт трансформируется просто в каноны, которые надо знать и, порой, исполнять не задумываясь, для того, чтобы решение оказалось либо единственно верным, либо максимально приближенных к таковому.

Закончить это введение хотелось бы мыслями, которые родились в самой глубине практической хирургии и очень важны для начинающего хирурга. Их часто повторял мой отец, Иван Антонович Петухов, отдавший служению хирургии 57 лет:

- Незнание и неумение не грех, грех – нежелание узнавать и учиться.
- Чтобы знать и уметь – больше спрашивай, слушай, смотри и читай.
- Не будь излишне самоуверен! Помни, что в медицине даже большой опыт бывает сомнителен, а «очевидные» диагнозы – ошибочными.
- Если сомневаешься – госпитализировать или не госпитализировать – значит надо госпитализировать.
- Если сомневаешься – оперировать или не оперировать – значит надо оперировать.
- В больнице пациент может погибнуть от чего угодно, кроме продолжающегося кровотечения.
- Если во время операции ты не уверен, что можешь сделать все, сделай так, чтобы пациент остался жив.

Аппендицит

Задачи 1-34

1. Пациент 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,6. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем. Стул был нормальный.

Язык влажный, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Симптомы Ситковского и Ровзинга (+), симптом Щеткина-Блюмберга (-). Никаких образований в брюшной полости не отмечается. Лейкоцитоз $8 \cdot 10^9$. Анализ мочи без особенностей.

Ваш диагноз и тактика лечения?

2. Пациент 19 лет поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и в правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,8, пульс – 92 в мин. Обращает внимание вынужденное положение пациента на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро пациент начинает кричать от сильных болей в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при сильной и глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга (-). Определяется болезненность при пальпации петитова треугольника и резко + симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга (+), Ситковского (-). Дизурических расстройств нет. Моча в норме. Лейкоцитоз $14,3 \cdot 10^9$ /л

Какие могут быть заболевания? Дифференциальный диагноз и тактика?

3. У пациентки с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура 37,8. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого (-). Лейкоцитоз $16 \cdot 10^9 / \text{л}$. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения.

Диагноз и тактика лечения?

4. У пациентки с 20-недельной нормально протекающей беременностью появились постоянные ноющие боли в правой подвздошной области, иногда тошнота. Стул и мочеиспускание в норме. Температура нормальная, язык чист, влажен. При пальпации правой подвздошной области определяется локальная болезненность. Напряжения мышц нет. Симптом Ситковского (+). Пациентка отмечает, что и до беременности в течение 2 лет у нее периодически появлялись подобные боли. Осмотр гинеколога не выявил никакой патологии со стороны половых органов.

Диагноз и тактика лечения?

5. У ребенка 5 лет часто появляются боли в животе, больше в правой подвздошной области. Боли довольно сильные, иногда сопровождаются рвотой. Температура всегда нормальная. Стул и мочеиспускание не нарушены. Язык чист, влажен. Живот мягкий, безболезненный. На высоте болей определяется небольшая

болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз $5,6 \cdot 10^9$ /л. Эозинофилов 6%.

Какие заболевания здесь нужно дифференцировать? Какие дополнительные исследования следует провести?

6. У пациента 45 лет, страдающего сочетанным митральным пороком сердца с выраженным нарушением кровообращения, находящегося в состоянии тяжелой декомпенсации, 2 часа назад появились боли в правой подвздошной области, поднялась температура до 37,8, была однократная рвота. Год и два года назад у него были подобные приступы болей, которые самостоятельно быстро прошли. При осмотре: язык влажный, пульс 90 в мин., мерцательная аритмия, дефицит 40 ударов. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. Край печени пальпируется на 8 см ниже подреберья, слегка болезнен. В правой подвздошной области болезненность и небольшая ригидность мышц. Лейкоцитоз $9,2 \cdot 10^9$ /л. В моче изменений нет.

Ваш диагноз и тактика лечения?

7. У пациента 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6, была однократная рвота. Раньше подобных болей пациент не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко (+). Ровзинга, Ситковского (+). Симптом Пастернацкого (-). В моче изменений нет. Лейкоцитоз $16 \cdot 10^9$ /л

Ваш предположительный диагноз? Какие исследования необходимы для дифференциального диагноза?

8. Пациент 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и в правую поясничную область. Заболел 2 часа назад. Раньше подобных болей никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Пациент беспокоен, мечется, принимает колено-локтевое положение. Температура 37,5. Пульс 100 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, резко болезнен, не участвует в дыхании. Симптом Щеткина-Блюмберга (-). Симптом Пастернацкого справа резко (+). Лейкоцитоз $9,9 \cdot 10^9$ /л. В моче: следы белка, уд. вес 1018, свежих эритроцитов 8-10 в поле зрения, выщелоченных эритроцитов 1-2 в поле зрения, клеток плоского эпителия большое количество.

Диагноз и тактика лечения?

9. Пациентка 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали. Поднялась температура до 38,0. Пульс 92 в мин. Стул был накануне, нормальный. Мочеиспускание не нарушено. В анамнезе подобных болей не было.

Язык сухой, обложен белым налетом. Иктеричности нет. При дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность, напряжение мышц в правой подвздошной области и в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Ровзинга резко (+). Френикус-симптом и симптом Грекова-Ортнера (-). Лейкоцитоз $9,4 \cdot 10^9$ /л

Ваш диагноз и тактика лечения?

10. У пациентки 30 лет внезапно появились боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в мин. Температура нормальная. Язык чист, влажный. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо (+). Лейкоцитоз $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$

О каком заболевании можно думать? Что следует уточнить из анамнеза? Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?

11. Девушка 18 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 часа назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области.

Пациентка отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад в срок. При осмотре отмечена бледность кожных покровов. Температура нормальная. Пульс 100 в мин. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи в норме. Лейкоцитоз $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Эритроциты $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$. Нб - 108 г/л.

Ваш диагноз и тактика лечения?

12. Пациент 40 лет в течение нескольких дней чувствует общее недомогание, вялость, слабость, отсутствие аппетита, отмечает головные боли, задержку стула. Сутки назад появились незначительные боли в правой подвздошной области, температура повысилась до 38. При поступлении пациент апатичен, сонлив. Губы сухие. Язык покрыт малиновым налетом. Температура 38,5, пульс 88 в мин. Живот вздут,

при пальпации определяется умеренная болезненность в правой подвздошной области. Селезенка несколько увеличена, болезненна. Симптом Ровзинга (+), признаков раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз $4,2 \cdot 10^9 / \text{л}$

Какое заболевание можно заподозрить? Что следует предпринять для уточнения диагноза?

13. У пациента 32 лет во время операции по поводу острого аппендицита никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Какое заболевание у пациента? Существуют ли отличительные признаки этого заболевания? Как следует поступить во время операции?

14. Пациент 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у пациента острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10x12 см, прилежащее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние пациента вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Какой диагноз вы поставите? Как будете лечить пациента?

15. У пациентки 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследованиях четких данных об инфильтрате не получено. Пациентку

решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен аппендикулярный инфильтрат.

Каковы ваши действия на операционном столе? Каково дальнейшее лечение пациентки?

16. У пациентки с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, уже нормализовавшейся температурой и снизившимся лейкоцитозом на 4-е сутки после поступления и на 8-е сутки от начала заболевания появились боли внизу живота. Температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре язык влажный, пульс 92 в мин, живот мягкий, безболезненный, за исключением правой подвздошной области, где определяется резкая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании нависания передней стенки прямой кишки не обнаружено.

Какое осложнение наступило у пациентки? Что следует предпринять для лечения? Если пациентку следует оперировать, то какой доступ будет рациональным?

17. У пациента с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании. Определяется разлитой симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз $10,3 \cdot 10^9 / \text{л}$

Какое осложнение наступило? Что следует предпринять?

18. Пациент 36 лет поступил через 4 часа после начала заболевания. Заболевание началось остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Пациент смог вызвать врача только через 3 часа. В момент осмотра общее состояние пациента удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,8. Лейкоцитоз $8,5 \cdot 10^9$ /л. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острый аппендицит, и пациент взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи.

Каков правильный диагноз? Почему ошибся хирург? Что следует предпринять?

19. У пациента 18 лет появились острые боли в правой подвздошной области, температура повысилась до 38, была рвота. Боли периодически усиливались. Пульс 96 в мин, язык суховат, живот при пальпации болезненный в правой подвздошной области, там же определяется защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Ровзинга (+), Ситковского (-). Лейкоцитоз $8,8 \cdot 10^9$ /л

С диагнозом острый аппендицит пациент взят на операционный стол. По вскрытии брюшной полости обнаружены значительные изменения в терминальном отделе подвздошной кишки. Она багрового цвета, покрыта фибринозными наложениями. Стенка кишки утолщена, отечна. На брыжейке – участки субсерозных кровоизлияний,

определяются увеличенные лимфоузлы. Червеобразный отросток утолщен и гиперемирован.

Какое заболевание у пациента? Что следует произвести во время операции? Какое лечение рекомендуется после операции?

20. Вы оперируете женщину 62 лет с подозрением на острый аппендицит. По вскрытии брюшной полости обнаруживается опухолевидное образование слепой кишки размером 10x12 см, бугристое, плотное. Слепая кишка не ограничена в подвижности, но просвет ее значительно сужен. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Червеобразный отросток не изменен.

Каковы ваши действия?

21. У пациента 18 лет 8 часов назад появились боли в правой подвздошной области, умеренной силы, которые постепенно нарастали. Температура 37,8. Была однократная рвота. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. Язык суховат. Живот принимает участие в акте дыхания. В правой подвздошной области резкая болезненность и напряжение мышц. Там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз $9,2 \cdot 10^9 / \text{л}$ диагнозом острого аппендицита пациент взят на операцию. При ревизии червеобразный отросток и слепая кишка оказались неизмененными. В брюшной полости мутный выпот.

О каком заболевании следует в таком случае помнить в первую очередь? Что следует сделать, чтобы его распознать во время вмешательства?

22. У пациента с типичной картиной острого аппендицита во время операции под местной анестезией разрезом Волковича-Дьяконова (Мак-Бурнея) найти отросток не удалось.

Что следует предпринять в данном случае?

23. Во время операции по поводу острого аппендицита выяснилось, что отросток замурован в спайках. Верхушка его обращена в малый таз и фиксирована. Вывести отросток и слепую кишку в рану не удается. С трудом удалось вывести в рану лишь часть слепой кишки с основанием отростка.

Какой прием оперативной техники можно применить (его название и сущность)?

24. Пациент оперирован по поводу острого аппендицита на 3 день от начала заболевания. По ходу операции обнаружен флегмонозно измененный отросток и ограниченный серозный перитонит. Основание отростка инфильтрировано. При погружении культи в кисетный шов были значительные трудности. Культи дополнительно прикрыта серо-серозными швами и сальником.

Как следует закончить операцию? Какой еще существует способ оперирования при инфильтрированном и фиксированном отростке?

25. Во время операции у пациента с острым флегмонозным аппендицитом вследствие имевшихся технических трудностей аппендэктомия производилась ретроградно. Червеобразный отросток при выделении разорвался, и конец его остался в брюшной полости.

Что необходимо предпринять в этом случае хирургу и в какой последовательности?

26. У пациента в конце операции, произведенной по поводу острого аппендицита, при контроле тщательности гемостаза было обнаружено умеренное кровотечение. Повторный, самый тщательный осмотр культи брыжейки, слепой кишки и близлежащих органов не привели к обнаружению источников кровотечения.

Что следует предпринять в создавшейся ситуации?

27. Пациент 50 лет с чрезмерно развитой подкожно жировой клетчаткой оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция из-за технических трудностей протекала довольно длительное время.

Следует ли в этом случае тампонировать рану, каким образом и на какой срок? Какие существуют способы профилактики нагноения операционной раны?

28. У пациента 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Пульс 110 в мин. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте пациента на бок. Лейкоцитоз $8,2 \cdot 10^9 / \text{л}$

Какое осложнение вы заподозрили у пациента? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

29. У пациента, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны пациент не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 в мин. Живот

принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз $10,8 \cdot 10^9$. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено.

О каком осложнении можно думать? Какие следует применить исследования для уточнения диагноза? Какая тактика в лечении подобного осложнения?

30. У пациента, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Температура $38,7$. Пульс учащен. Язык влажный. Живот мягкий при пальпации, но в правом подреберье слегка болезненный. Печень выходит из подреберья на 6 см. симптом Грекова-Ортнера (+). В легких везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании изменений со стороны легочной паренхимы не найдено. В плевральном синусе справа имеется небольшое количество выпота. Правый купол диафрагмы уплощен, ограничен в подвижности. Лейкоцитоз $11,5 \cdot 10^9$ /л

О каком осложнении вы подумали? Какое исследование может уточнить диагноз? Ваша тактика при лечении этого пациента?

31. Через неделю, после того как пациенту была произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, накануне дня выписки пациент пожаловался на боли в животе. Температура повысилась до 38 , пульс 96 в мин. Язык суховат, живот мягкий, при пальпации слева от пупка резко болезненный, там же определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Стул и мочеиспускание в норме. Клинико-рентгенологическое исследование

грудной клетки не выявило патологии. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Не выявлено патологии и при пальцевом исследовании прямой кишки.

Какое осложнение можно заподозрить у пациента? Какие дополнительные исследования можно предпринять? Какова тактика лечения?

32. На 2-е сутки после операции аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита у пациента 61 года резко ухудшилось общее состояние. Возник потрясающий озноб, температура поднялась до 39,6. Появились боли в правом подреберье. При пальпации стала определяться увеличенная и болезненная печень. Живот оставался мягким, умеренно болезненным в правой половине. В последующие два дня потрясающие ознобы продолжались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер. Лейкоцитоз $20 \cdot 10^9 / \text{л}$, СОЭ 43 мм/час, резкий сдвиг формулы белой крови влево. Рентгенологических изменений в грудной и брюшной полости не обнаружено. Симптом Крюкова (-).

Какое осложнение появилось у пациента? Что следует предпринять?

33. Пациент 42 лет оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита месяц назад. Послеоперационный период осложнился нагноением операционной раны, которая медленно заживала. Общее состояние пациента улучшилось, температура нормализовалась.

Утром у пациента внезапно появились боли внизу живота и в левом бедре. Поднялась температура до 39,6, появился потрясающий озноб. К вечеру у пациента стал заметен и быстро нарастал отек всей

левой нижней конечности. Кожа приобрела розовато-синюшный оттенок. Пульсация артерий конечности определяется отчетливо.

Пальпация бедра болезненна, движения в конечности затруднены из-за болей. Живот оставался мягким. Симптомов раздражения брюшины не было. Определялась локальная болезненность в подвздошной области слева.

Какое наступило осложнение? В чем должно заключаться лечение пациента?

Грыжи

Задачи 34-49

34. В приемный покой доставлен пациент 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Пациент, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние пациента ухудшилось, и он решил обратиться к врачу. Предложена госпитализация. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа произвольно вправилась. Пациент почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 часов был доставлен вновь с явлениями перитонита.

В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?

35. Пациент 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 часа после ущемления. Через 30 минут взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля

кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

Какими будут ваши дальнейшие действия?

36. Пациент 65 лет оперирован по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлении?

37. У пациента 36 лет вами сделана операция через 12 часов после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции пациент повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Какая была допущена вами ошибка, приведшая к возникновению перитонита?

38. Пациент 52 лет с ущемленной паховой грыжей. Жалуется на сильные боли в месте ущемления, вздутие живота, задержку стула и газов. С момента ущемления прошло 16 часов. В приемном отделении больницы во время гигиенической ванны грыжа вправилась, отошли газы. После этого пациент осмотрен. Состояние удовлетворительное,

пульс 84 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика выслушивается, признаки раздражения брюшины отсутствуют.

Учитывая значительный срок, наличие в момент поступления пациента в больницу явлений частичной кишечной непроходимости, пациенту сделана лапаротомия, однако во время операции, кроме некоторого вздутия тонкого кишечника, патологии нет.

Правильно ли была избрана тактика?

39. У пациента 30 лет, поступившего через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло самопроизвольное вправление ее. Общее состояние пациента оставалось удовлетворительным, никаких признаков перитонита не наблюдалось. Учитывая сравнительно небольшой срок с момента ущемления, молодой возраст, настойчивую просьбу пациента об операции (грыжа у него в последнее время часто ущемляется), хирург через час с момента поступления пациента выполнил ему операцию грыжесечения. При этом не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день температура 38,0, вздутие живота и боли, что расценено как послеоперационный парез. К концу дня – клиника перитонита.

Причина перитонита? Тактическая ошибка?

40. Во время операции по поводу ущемленной бедренной грыжи хирург после вскрытия грыжевого мешка рассек ущемляющее кольцо в медиальном направлении (как и положено). После этого началось сильное артериальное кровотечение.

Что является источником кровотечения? Какие меры и в какой последовательности следует предпринять для остановки кровотечения?

41. Пациентка 46 лет в течение 3-х лет страдает невправимой пупочной грыжей. Особых неприятных ощущений не причиняла. В последние 3 дня у пациентки в области выпячивания появилась краснота, отечность и резкая болезненность при прикосновении. Поднялась температура до 38. Язык чист, влажен. Пальпация живота безболезненная. Симптомов раздражения брюшины нет.

Диагноз, тактика?

42. Вы оперируете в плановом порядке пациента 40 лет по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В грыжевом мешке содержимым оказалась петля тонкой кишки и часть слепой кишки с червеобразным отростком. Отросток не изменен, но фиксирован плоскостными спайками к слепой кишке.

Будете ли вы одновременно с грыжесечением производить аппендэктомию?

43. У пациента 16 лет во время операции по удалению левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

К какому типу относится такая грыжа? В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного пациента?

44. Пациент 71 года в течение последних 3-х лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, позывы на мочеиспускание стали частыми. Год назад пациент заметил в обеих паховых областях круглой формы выпячивание

размером 5х5 см, исчезающее в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

45. На прием явился допризывник, направленный военкоматом. Во время обследования установлено, что оба наружных отверстия пахового канала расширены до 2 см в диаметре. Положителен симптом кашлевого толчка. Каких-либо выпячиваний в этой области не обнаружено.

Какая ваша тактика в отношении пациента?

46. Пациента 60 лет оперируют по поводу рецидивирующей пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен и не дает возможности надежного укрепления стенок пахового канала.

Каким образом вы укрепите его стенки, чтобы избежать очередного рецидива?

47. Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Почему это произошло? Как закончить операцию? Как избежать подобных осложнений?

48. У ребенка 3 месяцев, страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5х1,5 см, мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном

положении при спокойном состоянии ребенка это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его 1 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

49. Пациент 70 лет оперирован по поводу большой ущемленной пахово-мошоночной грыжи справа. Грыжевой мешок интимно спаян с оболочками, выделение его было весьма травматичным, выделен только у шейки. После рассечения ущемляющего кольца кишечник оказался жизнеспособным и был вправлен в брюшную полость. В грыжевом мешке оказалось яичко. Шейка грыжевого мешка ушита внутренним кисетным швом. Мешок пересечен до семенного канатика. Вначале послеоперационный период протекал гладко, с 4-го дня половина мошонки начала увеличиваться, а на 8-й день четко определялось болезненное образование значительных размеров. Правое яичко не пальпируется.

Какое осложнение развилось? Тактика?

Заболевания желчных путей

Задачи 50-73

50. У пациента 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье, симптом Ортнера. Желчный пузырь не пальпируется. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики,

инфузионная терапия) в течение трех суток не дают каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз колеблется от $9,7 \cdot 10^9$ до $8,8 \cdot 10^9$ /л

Ваш диагноз и тактика лечения?

51. У пациентки 48 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определяется болезненность и напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга (+). Лейкоцитоз $12 \cdot 10^9$ /л После назначения спазмолитиков, антибиотиков, инфузионной терапии состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитоз $6 \cdot 10^9$ /л

Ваш диагноз и тактика?

52. У пациентки 65 лет, ряд лет страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ не купировался окончательно. В течение 2 месяцев пациентка продолжала отмечать тупые боли в правом подреберье, которые беспокоят постоянно. При пальпации там же определяется значительных размеров плотноэластическое малоболезненное образование с гладкой поверхностью. Температура нормальная, лейкоцитоз $5,6 \cdot 10^9$ /л

Диагноз, дополнительные обследования и тактика лечения?

53. Пациентка 60 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом и кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения 2А степени.

Приступы холецистита бывают 3-4 раза в год, протекают тяжело. Неделю назад начался очередной приступ с желтухой. Общий билирубин крови 108 мкмоль/л. Несмотря на энергичное консервативное лечение желтуха нарастает.

Диагноз, дополнительные обследования и тактика лечения?

54. Пациент поступил по экстренным показаниям в связи с очередным приступом острого холецистита. Желтухи в анамнезе не было. Во время операции после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше он не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает.

Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

55. Пациентку 38 лет третий раз за последние 2 года доставляют с клиникой острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Общий билирубин крови 120 мкмоль/л. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу вторых суток решено пациентку оперировать.

Какая операция в данном случае будет выполнена? Дополнительная интраоперационная диагностика?

56. Худощавую молодую женщину оперируют по поводу хронического калькулезного холецистита с частыми болевыми

приступами. Операция протекает гладко. Желчный пузырь, наполненный камнями, удален от шейки. Общий желчный проток не расширен, желтухи в анамнезе не было, пальпаторно камни в протоке не определяются, рентгеноконтрастная холедохография сделана не была. Операционная рана зашита наглухо.

На следующий день у пациентки отмечались сильные боли в правом подреберье, на 3-й день обнаружена желтушность кожных покровов и слизистых оболочек. Желтуха нарастала. Механический характер ее не вызывал сомнений, на 5 день в брюшной полости появился экссудат.

Какое развилось осложнение, тактика?

57. Пациентка, тучная женщина 78 лет, поступила на 3-й день от начала приступа острого холецистита. Калькулезным холециститом страдает более 20 лет. Приступы частые и протекают тяжело, однако, учитывая возраст пациентки, а главное – наличие таких противопоказаний, как тяжелая легочная недостаточность и ожирение, операцию раньше пациентке не предлагали. Несмотря на энергичное консервативное лечение, воспалительный процесс явно прогрессировал, и возникла угроза перфорации желчного пузыря.

Какова тактика хирурга?

58. У пациентки 56 лет во время плановой операции по поводу хронического холецистита было обнаружено, что желчный пузырь содержит камни. Общий желчный проток не расширен, камней в нем нет. Однако в области дна желчного пузыря уплотнение, подозрительное на злокачественную опухоль. Метастазы не обнаружены. Срочная патогистология – аденокарцинома.

Что следует предпринять?

59. Пациент 64 лет с механической желтухой и подозрением на камень общего желчного протока. Во время операции выявилось, что у пациента рак фатерова сосочка с переходом на стенку общего желчного протока. Пузырный проток проходим, желчный пузырь резко растянут и напряжен.

Какую операцию можно выполнить в данном случае?

60. Пациент 65 лет оперирован в плановом порядке по поводу длительно существующей механической желтухи. При ревизии обнаружен рак пузырного протока с переходом на печеночный проток и общий желчный проток. Желчный пузырь небольшого размера, деформирован, в просвете его находятся камни. Печеночный проток непроходим до места слияния правого и левого протоков. В печени метастазы.

Тактика?

61. Вы оперируете пациентку с острым флегмонозным, калькулезным холециститом. После холецистэктомии вы произвели холангиографию на операционном столе и убедились, что в желчных протоках камней нет. Во время операции обратили внимание, что значительно увеличена поджелудочная железа и, вскрыв сальниковую сумку, увидели, что поджелудочная железа отечна, а на брюшине, покрывающей ее, большое количество бляшек жирового некроза. В брюшной полости имеется небольшое количество жидкости геморрагического характера.

Как вы расценили эти изменения? Что следует предпринять?

62. Пациент 46 лет лечится амбулаторно. 3 недели назад оперирован по поводу грыжи белой линии живота. Пациента давно следовало бы выписать на работу, но он продолжает жаловаться на боли в эпигастральной области, почти такие, какие у него были до операции. У него нет аппетита, нарастает слабость, похудел. Курс лечения по поводу инфильтрации послеоперационного рубца, боли не снял.

Почему так протекает послеоперационный период? Что следует предпринять?

63. Пациент 48 лет оперирован 1,5 месяца назад по поводу острого флегмонозного холецистита. Произведена холецистэктомия. В желчном пузыре было большое количество холестериновых камней. В общем желчном протоке камней не выявлено (ощупывание и зондирование). Брюшная полость зашита с подведением тампона и дренажа, которые удалены на 7-9 день после операции. Состояние пациента было хорошее, однако на 15-й день открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины не было. В сутки отделялось до 800 мл желчи. Со временем появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Общий билирубин крови 18,4 мкмоль/л мг%, реакция на стеркобилин в кале (-).

Что послужило причиной образования свища? Ваша тактика?

64. Пациентке 72 лет произведена операция холецистэктомии по поводу острого флегмонозного холецистита. Состояние после операции стало быстро улучшаться, и через 5-7 дней она чувствовала себя удовлетворительно. Беспокоило ее лишь наличие дренажной трубки и истечение желчи.

Какие показатели необходимо учитывать для определения сроков удаления трубки? Как удаляется трубка? Требуется ли имеющийся наружный желчный свищ специального закрытия?

65. Пациентка 56 лет, тучная женщина, оперирована на 3 день от начала заболевания по поводу острого холецистита, нарастающей механической желтухи. Желчный пузырь флегмонозно изменен, деформирован спайками, нафарширован камнями. Произведена холецистэктомия. Общий желчный проток растянут до 4 см в диаметре. При зондировании его определяется камень в области фатерова сосочка. Камень вколочен. Камень удалить через рану холедоха не удалось. В виду тяжелого состояния пациентки и значительных технических трудностей от операции трансдуоденальной холедохотомии решено отказаться.

Что следует предпринять?

66. Во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита у пациентки 43 лет после удаления желчного пузыря было обнаружено значительное расширение общего желчного протока. При рентгеноконтрастном исследовании общего желчного протока вблизи сфинктера Одди обнаружен значительных размеров дефект наполнения – камень. Контрастное вещество из общего желчного протока свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. Общее состояние пациентки удовлетворительное, желтухи у нее никогда не было.

Как должен поступить хирург?

67. Пациентка 55 лет срочно оперирована через 7 суток от начала заболевания по поводу тяжело протекающего острого холецистита. Во время операции обнаружено, что желчный пузырь перфорирован.

Выраженный разлитой желчный перитонит. Удалить желчный пузырь не представляется возможным из-за технических трудностей и крайне тяжелого состояния пациентки. Наложить надежную холецистостому тоже невозможно, т.к. стенка пузыря в области шейки некротизирована.

В чем будет заключаться оперативная помощь в данном случае?

68. У пациентки 72 лет, тучной женщины, в течение 20 лет страдающей желчнокаменной болезнью и холециститом, а также тяжелым диабетом, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, рвота, температура 38. Боли держатся уже 3 суток. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность в правом подреберье и значительное мышечное напряжение. Остальные отделы живота безболезненны. Симптом Щеткина-Блюмберга локализован в правом подреберье. Пульс 96 в мин. Лейкоцитоз $9,9 \cdot 10^9$ /л. Глюкоза крови 12,2 ммоль/л.

Ваш диагноз и тактика лечения?

69. Пациентка 50 лет оперирована по поводу острого холецистита. Операция прошла гладко. Пузырь удален субсерозно от шейки. Хорошо перевязаны пузырная артерия и проток. Культия пузыря и ложе надежно перитонизированы. Общий желчный проток проходим.

Как вы закончите операцию?

70. Пациентка 34 лет, эмоционально-лабильная, в течение 3 лет страдает периодически появляющимися приступами сильных болей в правом подреберье, иррадиирующими в правое плечо и лопатку, «капризным» аппетитом, поносами, сменяющимися запорами. Температура тела не повышена. Продолжительность приступов от 1 до 5

часов. Желтушности кожи и склер никогда не было. При пальпации области правого подреберья напряжения мышц нет, определяется небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При пальпации брюшной аорты и толстой кишки – неприятные ощущения. Лейкоцитоз $4,6 \cdot 10^9$ /л. При УЗ исследовании камни не обнаружены, пузырь несколько растянут, после приема желтков медленно сокращается.

Диагноз и тактика лечения?

71. Пациентка 45 лет оперирована по поводу острого холецистита. Проведена холецистэктомия. Удаление пузыря протекало с большими техническими трудностями. В области шейки пузыря была значительная инфильтрация тканей. Пузырный проток короткий, но его удалось перевязать двумя лигатурами. Однако хорошо перитонизировать ложе пузыря и культю его не удалось.

Как вы завершите операцию?

72. У пациентки 48 лет во время операции по поводу острого холецистита обнаружен больших размеров напряженный флегмонозно-измененный желчный пузырь. Он удален. Общий желчный проток расширен до 3 см. При холедохотомии удалены два камня 1х1 см и большое количество темной замазкообразной массы с наличием множества камней и песка.

Как вы завершите операцию?

73. Опируя пациента по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, вы обнаружили, что общий желчный проток значительно увеличен в диаметре. Камни в нем не прощупываются. Пузырь удалили. С помощью зондирования общего желчного протока и холангиографии выявить камни не удалось, однако в просвете его много

замазкообразной массы. Контрастное вещество свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. В анамнезе пациента несколько приступов болей, сопровождающихся желтухой.

Как вы завершите операцию?

Заболевания поджелудочной железы

Задачи 74-85

74. Пациента 24 лет в течение года беспокоят ноющие боли в эпигастральной области и наличие нечетко пальпируемого, сферической формы образования в глубине эпигастральной области размером 15х20 см. Образование слегка пульсирует, шум над ним не выслушивается. Окружность живота постепенно увеличивается. В анамнезе пациента была тяжелая тупая травма живота, однако дело обошлось без оперативного вмешательства. Общее состояние пациента не страдает. Диспептических расстройств, расстройства стула и мочеиспускания не имеется. α -амилаза мочи 56 г/(л.ч.). В общем клиническом анализе крови и биохимическом анализе патологии нет. При рентгенологическом исследовании – смещение желудка кпереди за счет образования, располагающегося позади него.

Дифференциальный диагноз? Дальнейшие исследования?

75. Пациентка 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры до 39-39,5, проливными потами. За последний месяц такие боли участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Перемежающаяся желтуха. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Живот обычной формы,

мягкий. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитоз $9,2 \cdot 10^9 / \text{л}$, СОЭ 60 мм/час. Рентгенологическое обследование ЖКТ, УЗИ желчного пузыря – без особенностей.

Диагноз, дальнейшее обследование, тактика лечения?

76. Пациентка 54 лет жалуется на периодические боли в эпигастральной области, особенно после приема жирной или острой пищи. Боли постоянные, ноющие, иррадиирующие в позвоночник, иногда приобретают характер острых, опоясывающих; часто беспокоит чувство дискомфорта в желудке, тошнота. Отмечает отсутствие аппетита, метеоризм, часто поносы. За последние 2 года значительно потеряла в весе. Желтухи не было. Анализ крови – норма. α -амилаза мочи 36 г/(л.ч.). При УЗ исследовании определяется умеренное увеличение головки поджелудочной железы.

Дифференциальный диагноз, дальнейшее обследование и тактика?

77. Пациент 45 лет жалуется на интенсивные режущие боли в эпигастральной области, появившиеся и нарастающие постепенно в течение 6 месяцев. Боли не снимаются на спазмолитических, ни обезболивающих средствами; иррадиируют в позвоночник, нередко носят опоясывающий характер. Аппетит не потерян, но есть пациент боится из-за усиления болей. Очень ослаб. Потеря в весе 10 кг. Периодически у пациента стал наблюдаться подъем температуры до 38-39. Болен 2 года, неоднократно обследовался в терапевтических и хирургических стационарах. Патологии не находили. Лейкоцитоз $9,6 \cdot 10^9 / \text{л}$ – СОЭ – 22 мм/час. Пациента подозревали в агравации и наркомании.

Диагноз и тактика лечения?

78. Пациент 44 лет в течение 4 лет страдал болями в эпигастральной области и появившейся в течение последних 3 месяцев желтухой. Оперирован с подозрением на опухоль головки поджелудочной железы. Во время операции визуально и пальпаторно невозможно дифференцировать опухоль и псевдотуморозный панкреатит. Региональные и парааортальные лимфоузлы не увеличены.

Какие приемы необходимо применить для интраоперационной диагностики в таких случаях? В чем будет заключаться операция?

79. Пациент 48 лет поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку и в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечается слабость, за 2 месяца потерял 4 кг веса. У пациента часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 4 лет. Злоупотреблял алкоголем. 4 месяца назад у пациента появилась желтуха, которая нарастает. Живот мягкий. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитоз $7,2 \cdot 10^9$ /л СОЭ 36 мм/час.

Ваш диагноз? Что предпринять для дифференцированного диагноза? Тактика лечения?

80. Пациентка 35 лет жалуется, что после физического или психического напряжения, а также во время менструации у нее периодически появляется беспричинный страх, слабость, сонливость, приступы обильного потоотделения, дрожь. Иногда отмечает судороги в конечностях и диплопию. Такое состояние проходит через 10-15 минут. На протяжении 2-х лет пациентку беспокоят боли и чувство распирания в подложечной области, периодически – диарея. Последние полгода

состояние ухудшилось, приступы участились. Стали возникать припадки, напоминающие эпилептиформные, иногда появлялось нарушение речи, стала нарастать одышка. Во время приступов отмечается гипогликемия до 2-2,4 ммоль/л.

Какое заболевание? Что следует предпринять для уточнения диагноза? Тактика?

81. У пациента 51 лет, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Т – норма. Многократная рвота, не дающая облегчения. Небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. α -амилаза мочи 390 г/(л.ч.). Консервативные мероприятия улучшения не дали. На следующие сутки состояние ухудшилось: участился пульс до 120 в мин, АД 70/40 мм рт.ст. Появились симптомы раздражения брюшины. α -амилаза мочи 0 г/(л.ч.).

Диагноз и тактика?

82. Пациент 50 лет, страдающий в течение 3 лет упорными, интенсивными болями в эпигастральной области взят на операцию с подозрением на опухоль поджелудочной железы. Во время операции опухоль не найдена, диагностирован хронический панкреатит. Отмечается резкий фиброз части тела и хвоста поджелудочной железы с участками обызвествления в них. Патологии желчных путей не обнаружено.

Какую операцию следует выполнить?

83. Вратарь 22 лет получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии.

Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Бледен. Акроцианоз. Покрыт липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 в мин. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроциты крови – $4,5 \cdot 10^{12}/л$. Hb - 140 г/л.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

84. Пациентка 49 лет поступила в клинику по поводу острого панкреатита. Комплекс консервативных мероприятий не дал эффекта. Состояние ухудшилось. Было решено пациентку оперировать. При ревизии был выявлен некроз поджелудочной железы с секвестрированием. Общий желчный проток расширен. Желчный пузырь напряжен, с трудом опорожняется, в нем прощупываются камни.

В чем заключается оперативное пособие на поджелудочной железе? Необходимо ли вмешательство на желчных путях?

85. В приемное отделение поступила пациентка 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, не дающая облегчения многократная рвота, слабость, обильное потоотделение. Температура 37. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Раньше ничем не болела. Доставлена через 2 часа от начала заболевания.

Состояние тяжелое, бледна, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. АД 100/60. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в дыхании, перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена.

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона (+). Резкая болезненность в эпигастральной области. Лейкоцитоз $12 \cdot 10^9$./л. Амилаза мочи 270 г/(л.ч.).

Диагноз и тактика?

Язвенная болезнь

Задачи 86-117

86. Пациенту 47 лет 20 лет назад наложен ГЭА по поводу язвы желудка. 14 лет чувствовал себя хорошо. Затем у пациента появились боли, характерные для рецидива язвенной болезни желудка. Около года назад начал худеть, ухудшился аппетит. Определяется ахилия. При рентгенологическом исследовании желудок имеет форму мешка, опорожнение его содержимого происходит через анастомоз. Определенного рентгенологического заключения сделано не было. Эр $3,5 \cdot 10^{12}$ /л. Нб - 103 г/л., СОЭ – 30 мм/ч.

Какое заболевание у пациента? Тактика?

87. Пациент 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц пациент отмечает усиление болей в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться непереваренные кусочки пищи. Пациент резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

Что произошло с пациентом? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить пациента?

88. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру пациент обратился с жалобами на сильную слабость, возникающую через 15-20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но пациент отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. Пациент не прибавляет в весе после операции. Дефицит веса составляет 8 кг.

Что происходит с пациентом и как его лечить?

89. Два года назад пациентке была сделана резекция 2/3 желудка по Гофмейстер-Финстереру по поводу язвенной болезни. Через полгода после операции у пациентки появилась пептическая язва анастомоза. Еще через полгода ей была сделана вторая, теперь уже субтотальная резекция желудка вместе с подшитой петлей кишки. Однако через несколько месяцев после операции образовалась новая пептическая язва анастомоза.

Как поступить с пациенткой?

90. У пациента, которому 10 дней назад была ушита перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, стала постепенно повышаться температура и появились боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании. При осмотре отмечается, что

мягкие ткани в правом подреберье как бы выбухают, кожа здесь несколько пастозна. При пальпации определяется значительное увеличение печени и резкая болезненность в правом подреберье, здесь же выявляется слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 38-39, носит гектический характер. Пациент потерял аппетит, стал адинамичным. При рентгенологическом исследовании: в правом реберно-диафрагмальном синусе видна жидкость, правый купол диафрагмы ограниченно подвижен.

Какое осложнение развилось у пациента и как его лечить?

91. Пациенту 42 лет сделана операция по поводу язвенной болезни желудка 8 дней назад. Была произведена резекция 1/3 желудка по методу Бильрот-1 с селективной ваготомией. Первые дни послеоперационного периода протекали гладко. Пациент стал принимать пищу. Но как только был увеличен объем принимаемой пищи, у него стали появляться распирающие боли и чувство тяжести в эпигастральной области, срыгивание и рвота съеденной пищей; стал худеть.

О каких послеоперационных осложнениях нужно думать? Как уточнить причину осложнения? Какое лечение назначить пациенту?

92. Пациент 36 лет поступил в хирургическое отделение через 4 месяца после резекции желудка по Финстереру с передним анастомозом на длинной петле (впереди поперечно-ободочной кишки) без брауновского соустья. Пациент жалуется, что периодически в течение 3-4 дней подряд у него приблизительно через 40 минут после каждого приема пищи появлялось чувство тяжести в эпигастральной области в правом подреберье, которое постепенно нарастает в течение 2-3 часов, затем происходит рвота чистой желчью в количестве 300-500 мл. После рвоты пациент чувствует облегчение. Через 3-4 дня приступы

прекращаются, затем наступает светлый промежуток, длящийся 15-20 дней. При обычном обследовании пациента, включающем рентгенологическое исследование, особой патологии не обнаружено. Контрастное вещество из культи желудка поступает в отводящую кишку.

Какое осложнение развилось? Какие дополнительные исследования можно сделать? Как лечить пациента?

93. Пациенту 42 лет сделана резекция желудка по Бильрот-2, Гофмейстер-Финстереру по поводу профузного язвенного кровотечения. На 3-й день состояние резко ухудшилось. Появились боли в эпигастральной области, которые, постепенно нарастая, распространились по всему животу. Дыхание стало затруднительным и болезненным. Беспокоит икота. Пульс 120 в мин. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный, особенно в эпигастральной области, напряжен. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перистальтические шумы не выслушиваются. В отлогих местах брюшной полости притупление перкуторного звука.

О каком осложнении в этом случае следует думать? Что могло привести к данному осложнению? Какова ваша тактика в лечении пациента?

94. Пациент 35 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте. Тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается.

Следует ли пациенту предлагать операцию и какую?

95. Пациент 48 лет поступил в стационар по поводу обильной кровавой рвоты. Никаких заболеваний желудка в анамнезе установить не удалось. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Общее состояние удовлетворительное. У брата пациента туберкулез легких.

Дифференциальный диагноз? Каковы ваши действия? Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

96. В приемное отделение доставлен пациент в бессознательном состоянии с периодическими приступами клинических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у пациента ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре: пациент истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация и определяется «шум плеска».

Какой диагноз может быть поставлен? С Чем связано состояние, в котором пациент поступил? Как следует лечить пациента, начиная с момента поступления?

97. Пациент 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-2-3 года.

Три месяца назад у пациента появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка.

Почему изменился характер болей? Как рекомендуется лечить пациента?

98. Пациент 35 лет поступил в хирургическое отделение с клинической картиной язвенного желудочного кровотечения. Это кровотечение третье за 2 года. После применения консервативных мероприятий кровавая рвота прекратилась, гемоглобин поднялся с 60 до 108 г/л. Общее состояние улучшилось. Но через 2-3 часа вновь появилась кровавая обильная рвота, гемоглобин упал до 93,1 и затем до 58,2 г/л.

Какова ваша тактика лечения? Как организовать лечение?

99. Пациент 38 лет поступил в хирургическое отделение третий раз за 2 года по поводу желудочного кровотечения язвенной этиологии. Применением консервативного лечения кровотечение остановлено, состояние улучшилось.

Какова дальнейшая тактика в отношении лечения пациента?

100. У пациента 35 лет, поступившего в приемное отделение, диагностирована кровотокающая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Какие назначения сделаете пациенту? Тактика лечения?

101. Пациент 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние два дня боли у него стали менее интенсивнее, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько

секунд потерял сознание. Пациент бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение язвенной болезни вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования примените? Куда и каким способом отправите пациента на лечение?

102. Пациент в течение 10 лет страдает язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время похудел, что он связывает с боязнью есть из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. При пальпации в эпигастральной области пальпируется резко болезненное образование. Анализы крови и мочи без особенностей. При рентгенологическом исследовании обнаружена гиперсекреция натошак, ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см. Стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены. Исследование этой области чрезвычайно болезненно.

Диагноз? Дифференцировать с чем? Тактика?

103. У пациента, оперированного на желудке (произведена резекция $\frac{3}{4}$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу калезной перфоративной язвы), на следующий день после операции был обильный дегтеобразный стул. Затем ослаб, появилось головокружение, кровавая рвота, которая повторилась. Пульс 120 в мин. Гемоглобин и число эритроцитов стали падать. Стало ясно, что у пациента желудочное кровотечение.

Что послужило причиной кровотечения? Что следует предпринять для его остановки?

104. Во время операции по поводу перфоративной язвы желудка у пациента 50 лет с декомпенсированным пороком сердца обнаружено, что язва на малой кривизне расположена высоко. Края язвы инфильтрированы. При ее ушивании швы прорезывались. В конце концов с большими трудностями язву удалось ушить, но полной убежденности в надежности швов не создано. Однако решиться на высокую резекцию желудка у этого пациента из-за тяжести состояния было невозможно.

Каковы будут ваши действия в данном случае? Как следует завершить операцию?

105. Пациент 58 лет поступил в хирургическое отделение через 28 часов после перфорации язвы желудка с выраженными явлениями разлитого перитонита. Состояние очень тяжелое. Срочно оперирован. Язва с перфоративным отверстием в центре находится в пилорическом отделе желудка. При ее ушивании выход из желудка резко суживался, что предвещало развитие стеноза привратника.

Какое оперативное вмешательство вы примените? Как завершите операцию?

106. У пациента с наличием язвы двенадцатиперстной кишки и «повышенным риском» оперативного вмешательства в связи с сердечной патологией, при детальном обследовании (дуоденоскопия, УЗИ, КТ) выяснилось, что язва располагается очень низко, резко выражены явления перидуоденита, печеночная дуоденальная связка втянута в воспалительный процесс, в плотных сращениях, не дифференцируется.

Ваш хирургический опыт сравнительно небольшой, как вы поступите?

107. У пациента 53 лет, поступившего в хирургическое отделение с двухлетним язвенным анамнезом, после тщательного рентгенологического обследования установлен диагноз: дивертикул наружного края двенадцатиперстной кишки.

Какова должна быть тактика лечения?

108. У пациента 40 лет во время операции на желудке, проходившей с большими техническими трудностями, был пересечен общий желчный проток.

Что следует предпринять хирургу?

109. У пациента, имеющего длительный «желудочный» анамнез, внезапно возникли сильнейшие боли в животе, при малейшем движении боли усиливались. Была однократная рвота. Через полчаса боли почти полностью прошли. Пациент самостоятельно ушел домой. На следующий день пришел к врачу, так как у него оставались небольшие боли в правом подреберье и температура повысилась до 37,5. При осмотре живот был мягкий, безболезненный, за исключением правого подреберья, где имелась умеренная болезненность, защитное напряжение мышц и слабо выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Френикус-симптом (-), симптом Грекова-Ортнера (+). Печеночная тупость сохранена. Пульс 80 в мин. Язык влажный. При рентгеноскопии органов брюшной и грудной полости патологии не обнаружено. Лейкоцитоз $8,6 \cdot 10^9 / \text{л}$

Диагноз и действия?

110. Пациент 43 лет поступил в клинику по поводу перфоративной язвы желудка через 2 часа от начала заболевания. Язвенной болезнью

страдает 8 лет. Многократно лечился в терапевтических стационарах. При ревизии в пилорическом отделе желудка обнаружено перфоративное отверстие 0,5х0,3 см с небольшой инфильтрацией у основания (вокруг).

Объем операции? Дальнейшее лечение?

111. У пациента 33 лет, не имевшего ранее каких-либо жалоб, наступила перфорация язвы желудка. При ревизии на операции обнаружено прободное отверстие 0,5х0,5 см на малой кривизне желудка, без выраженной воспалительной инфильтрации вокруг.

Каков должен быть объем операции? Какие рекомендации необходимо дать пациенту после выписки из хирургического стационара?

112. У пациента наступило прободение длительно существующей язвы желудка. Доставлен в клинику через 2 часа после перфорации. Из анамнеза выяснено, что пациент в последние месяцы сильно похудел. При ревизии обнаружена значительная инфильтрация краев язвы, местами края хрящевой плотности. Решить вопрос, имеется ли малигнизация язвы или нет, оказалось невозможным.

Какую следует предпринять операцию?

113. Пациент 30 лет поступил в хирургическое отделение через 2 часа с момента перфорации язвы желудка. Диагноз сомнения не вызывает, однако пациент категорически отказывается от операции.

Какие способы воздействия на пациента следует применить, чтобы добиться его согласия на операцию? Что вы предпримете, если добиться его согласия все-таки не удастся?

114. У пациента 34 лет 6 лет назад было прободение «немой» язвы двенадцатиперстной кишки. 2 года после этого чувствовал себя хорошо и никуда не обращался. Затем появились боли, характерные для язвенной болезни, и при рентгенологическом исследовании был установлен диагноз язвы двенадцатиперстной кишки. Пациент лечился все время только амбулаторно. В хирургический стационар попал по поводу подозрения на язвенное кровотечение, наличие которого оказалось сомнительным.

Подлежит ли пациент хирургическому лечению?

115. Пациента 58 лет оперируют по поводу перфоративной язвы желудка. Во время лапаротомии и тщательной ревизии брюшной полости никакой патологии со стороны брюшной полости не обнаружено. Что следует предпринять?

116. Пациент 45 лет поступил в стационар с диагнозом желудочного кровотечения неясной этиологии. До момента возникновения кровотечения никаких жалоб не предъявлял. Заболевание началось после многократной рвоты, вызванной неумеренным употреблением алкоголя. Во время одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь, а затем каждая рвота сопровождалась извержением жидкости цвета кофейной гущи с примесью алой крови.

В больнице кровотечение продолжалось, несмотря на консервативное лечение. Пациент взят на операцию с неясным диагнозом. Во время операции было обнаружено, что желудок и верхняя часть кишечника наполнены кровью, другой патологии не обнаружено. После гастротомии в кардиальном отделе желудка были обнаружены трещины слизистой и подслизистых оболочек желудка размером 16x5 мм, из которых струйкой поступала алая кровь.

Диагноз, тактика?

117. У пациента 34 лет в течение 2 лет обнаруживали язву луковицы двенадцатиперстной кишки, сопровождающуюся гиперсекрецией и высокими цифрами кислотности, а также диареей. Консервативное стационарное лечение оказалось неэффективным, и ему была произведена резекция $\frac{1}{2}$ желудка по методике Бильрот-1 с селективной ваготомией. Через 4 месяца язва рецидивировала, диарея продолжалась. Поскольку пациент сильно страдал и никакое лечение ему не помогало, повторно оперирован. Во время лапаротомии, кроме язвы, в теле поджелудочной железы обнаружено опухолевидное образование диаметром 1,5 см.

Заболевание? В чем состояла первичная ошибка хирурга? Что делать?

Рак желудка

Задачи 118-134

118. У пациента, страдающего фиброзно-кистозным туберкулезом легких, диагностирован рак антрального отдела желудка.

Какова ваша тактика в отношении лечения пациента?

119. Во время операции у пациента с раком желудка обнаружена опухоль на границе антрального отдела и привратника диаметром до 3 см. она не прорастает серозную оболочку. В лимфатических узлах большого сальника определяются отдельные регионарные метастазы.

Какая операция должна быть выполнена?

120. Во время операции у пациента с раком желудка обнаружена опухоль антрального отдела желудка, имеющая инфильтративный рост. Видимых метастазов не обнаружено.

Ваша тактика?

121. Во время операции пациента с раком желудка обнаружена экзофитно растущая опухоль тела желудка размером 3х4 см, не прорастающая серозную оболочку. Имеются метастазы в лимфатических узлах большого сальника.

Какого объема операция должна быть выполнена?

122. У пациента с раком желудка во время операции обнаружена экзофитно растущая опухоль передней стенки желудка диаметром 3 см, переходящая на пищевод. Прорастания опухоли в соседние ткани нет, видимых метастазов не обнаружено.

Какая операция должна быть выполнена?

123. Пациент 43 лет болен 3 месяца. Появилась дисфагия, которая постепенно нарастает. Отмечает значительную потерю в весе, слабость, недомогание. При обследовании диагностирован рак кардиального отдела желудка. Признаков метастазирования не выявлено.

Какую операцию необходимо выполнить? Какой изберете доступ? Каковы преимущества избранного доступа?

124. У пациента 48 лет с диагнозом «рак желудка» во время лапаротомии обнаружена опухоль, прорастающая все слои стенки желудка и распространяющаяся до кардии. В большом сальнике по всей большой кривизне определяются плотные лимфоузлы. На соседние

органы опухоль не распространена, отдаленные метастазы не обнаружены.

Какой объем операции необходимо выполнить?

125. Пациент 58 лет оперирован по поводу рака антрального отдела желудка с явлениями резкого сужения выхода из него. При ревизии обнаружено что опухоль размером 12х10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

Как вы закончите операцию?

126. Во время операции у пациента с кровоточащей опухолью желудка были обнаружены многочисленные метастазы в печень, однако сама опухоль не выходит за пределы желудка.

Что следует предпринять?

127. Пациенту 50 лет. Почувствовал себя больным 1-1,5 месяца назад. Появилась дисфагия, которая быстро нарастала, вскоре присоединилась одышка, усиливающаяся при наклоне пациента вперед. При обследовании пациента диагностирован рак кардиального отдела желудка. Протяженность опухоли небольшая. Метастазов не выявлено. Отмечается одутловатость лица, значительное набухание шейных вен, которое резко усиливается в наклонном положении.

Как называют совокупность выявленных у пациента симптомов? Что в данном случае служит их причиной? Какое можно провести дополнительное исследование, чтобы подтвердить ваше предположение?

128. У пациентки 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглатывать глоток воды. Пациентка резко истощена. При обследовании диагностирован рак кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода. Над левой ключицей пальпируется плотный конгломерат лимфатических узлов.

Какова ваша тактика в лечении пациентки? Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

129. Пациент 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца резко похудел и ослаб. Утром у него появилось головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул – кал дегтеобразный. Доставлен в хирургическое отделение.

Чем вызвано подобное состояние пациента? Как уточнить диагноз? Что следует предпринять?

130. При обследовании пациента с кровоточащей опухолью желудка было установлено, что в левой надключичной области имеется плотный неподвижный лимфатический узел – «вирховская железа». Несмотря на проведение всех консервативных мероприятий, кровотечение продолжается.

Ваша тактика?

131. У пациента 56 лет во время операции по поводу рака антрального отдела желудка обнаружен одиночный метастатический узел вблизи переднего края печени размером 5х5 см. Сама опухоль в желудке – 7 см. желудок подвижен. Других метастазов не выявлено.

Как вы закончите операцию?

132. Во время лапаротомии, выполняемой у пациента крепкого телосложения в возрасте 50 лет с диагнозом «рак выходного отдела желудка», обнаружено прорастание опухоли в правую долю печени на глубину 2-3 см на протяжении 5 см. Обнаружены увеличенные лимфатические узлы в большом и малом сальнике.

Ваша тактика?

133. Во время операции пациента 40 лет с диагнозом «рак тела желудка» обнаружено, что опухоль исходит из задней стенки желудка и прорастает в поджелудочную железу на ограниченном участке, в месте перехода хвоста железы в тело. Отдаленных метастаз нет. Общее состояние пациента удовлетворительное. Оперирует хирург первой категории.

Дальнейшая тактика хирурга?

134. У пациента 62 лет, оперированного по поводу рака желудка, очень истощенного, с дряблой брюшной стенкой, на 10 день после операции во время сильного кашля появились резкие боли в животе, и на передней брюшной стенке стало определяться значительных размеров выпячивание, соответствующее длине всей операционной раны. Кожные швы держали хорошо. Но через кожу видна перистальтика кишечника. Пальпаторно определяется диастаз мышц.

Какое наступило осложнение? Как его можно было предупредить? Что и когда следует предпринять, чтобы его устранить?

Заболевания печени

Задачи 135-141

135. Пациент 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса малого таза) вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, потрясающие ознобы, повышение температуры вечерами до 38,5, появившуюся и постоянно нарастающую желтуху. Пульс 110-120 в мин. Язык влажный. Верхнюю половину живота щадит при дыхании. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность и ригидность мышц. Слабоположителен симптом Щеткина-Блюмберга. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, резко болезненная при пальпации. Лейкоцитоз $18 \cdot 10^9 / \text{л}$. При рентгенологическом исследовании правый купол диафрагмы ограничен в подвижности. В правом плевральном синусе небольшой выпот.

Ваш диагноз? Чем его можно подтвердить? Тактика лечения?

136. У пациента 24 лет, перенесшего в недавнем прошлом амebную дизентерию и прошедшего курс лечения с последующим выздоровлением, появились нарастающие, довольно интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся при дыхании. Поднялась температура и стала носить интермиттирующий характер. Появились изнуряющие ознобы. Пациент стал прогрессивно терять в весе. При обследовании определяется болезненная значительно увеличенная печень. Стул и мочеиспускание в норме. Лейкоцитоз $17 \cdot 10^9 / \text{л}$.

Ваш диагноз, методы дополнительного обследования и тактика лечения?

137. Пациент 41 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи. При осмотре край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Температура нормальная. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы.

О каком заболевании следует думать? Какие дополнительные исследования могут помочь в постановке диагноза? Как определить, откуда исходит выявленное при рентгенологическом обследовании образование? Как лечить пациента?

138. У пациентки 36 лет диагностирован однокамерный эхинококк печени, расположенный в области заднего ската диафрагмальной поверхности ее.

В чем будет заключаться оперативное пособие при размерах пузыря 8х8 см? доступ и характер вмешательства?

139. Пациент 44 лет поступил в стационар по экстренным показаниям. Заболел внезапно. Появилась обильная повторная кровавая рвота. Пациент резко ослаб. Много лет злоупотреблял алкоголем. Обращает на себя внимание плотная селезенка. Печень не пальпируется.

Что, по вашему мнению, может служить источником кровотечения? Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

140. Пациент 42 лет поступил в стационар по экстренным показаниям. Кровавая рвота возникла внезапно. Пациент отмечает, что в течение 2 лет такое кровотечение начинается в третий раз. В анамнезе

болезнь Боткина. При осмотре выраженная венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. В чем будет заключаться неотложная помощь пациенту? Как следует обследовать пациента в дальнейшем, после окончания кровотечения?

141. У пациентки 58 лет диагностирована опухоль печени. Поражение выявляется как будто бы только в левой ее доле. Общее состояние пациентки вполне удовлетворительное и позволяет ей предложить радикальную операцию. Предварительно необходимо выяснить, не является ли эта опухоль метастатической.

Локализация рака в каких органах может привести к метастазированию в печень? Какие дополнительные исследования необходимо произвести пациентке для решения этого вопроса?

Заболевания легких

Задачи 142-157

142. У пациента 34 лет на второй день после верхнедолевой лобэктомии, выполненной по поводу хронического абсцесса верхней доли правого легкого, состояние резко ухудшилось. Усилились боли в груди, появилась тахикардия – 132 в мин, одышка. Температура 37. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, дыхательные шумы не выслушиваются. Перкуторный звук укорочен, затемнение всей правой половины грудной клетки. Средостение смещено вправо, диафрагма приподнята.

Какое осложнение, причина его развития, как лечить?

143. Пациент 36 лет оперирован 2 недели назад по поводу хронического абсцесса верхней доли правого легкого. Послеоперационный период протекал гладко, однако рентгенологически в парамедиастинальном кармане оставался небольшой уровень жидкости. На третьей неделе повысилась температура до 38,5 вечером, появился сильный кашель, особенно в положении на левом боку. Затем с кашлем стала отделяться зловонная мокрота.

Какое осложнение возникло, как его следовало бы предупредить, методы лечения в настоящее время?

144. Пациентка 24 лет оперирована по поводу бронхоэктатической болезни, удалена левая нижняя доля левого легкого и язычковые сегменты. Через 3 часа после операции состояние пациентки тяжелое. Жалуется на чувство давления в боку, сердцебиение, одышку. Дыхание резко ослаблено. При рентгенологическом исследовании в левой плевральной полости обнаружена жидкость. Легкое коллабировано. Средостение смещено вправо.

Какое осложнение, его причина? Какая последовательность ваших действий?

145. Пациент 53 лет оперирован по поводу рака нижней доли правого легкого. Во время торакотомии выявлено, что опухоль размером 10x10 см захватывает промежуточный бронх и распространяется по задней стенке главного бронха до бифуркации трахеи. Большое

количество плотных лимфатических узлов, расположенных паратрахеально.

Как закончите операцию, дальнейшее лечение?

146. Пациент 50 лет оперирован по поводу множественных хронических абсцессов верхней доли правого легкого. Произведена пневмонэктомия. Вскоре после операции появилась тахикардия – 140. Пульс малого наполнения. АД 50/20 мм рт.ст. Тупость в отлогих местах грудной клетки справа.

Какое осложнение, чем подтвердить меры лечения?

147. Пациент 42 лет 1,5 месяца лечится в терапевтическом стационаре по поводу острого абсцесса верхней доли левого легкого. Консервативное лечение не помогает. Высоко лихорадит, выделяет большое количество зловонной мокроты. Из методов лечения применялись только антибиотики в/мышечно, витамины, глюкоза, инфузионная терапия.

Какие ошибки допущены в лечении пациента? Что делать дальше?

148. У пациента 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39, появились боли в правой половине грудной клетки, кашель, температура. Затем через 8 дней стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота. Температура снизилась. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание.

Какое заболевание, предложите методы уточнения диагноза?

149. Пациент 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у

пациента остался кашель, стала появляться гнойная мокрота, повышение температуры до 37,5-38. При осмотре обнаружено отставание левой половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание в нижних отделах легкого сзади. Рентгенологически - левое легочное поле сужено, диафрагма приподнята, срединная тень смещена влево.

Какой диагноз, как его подтвердить, как лечить пациента?

150. Пациент 49 лет, болен 6 месяцев. При обследовании диагностирован рак нижней доли правого легкого. В период предоперационной подготовки был обнаружен геморрагический экссудат в правой плевральной полости.

Тактика лечения пациента?

151. Пациенту 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась развитием эмпиемы плевры. Лечение на протяжении 8 месяцев плевральными пункциями, дренированием ее не ликвидировали процесс. Состояние удовлетворительное, признаков амилоидоза нет.

Как лечить дальше пациента?

152. Пациентка 21 год отмечает кашель с гнойной мокротой, частые подъемы температуры. Болеет 10 лет. Общее состояние удовлетворительное, бледна. При обследовании поставлен диагноз бронхоэктатической болезни с изолированным поражением нижней доли правого легкого. Отмечается пастозность лица и голеней.

Какие осложнения опасны, какие диагностические методы, их подтверждающие? Лечение пациентки в дальнейшем?

153. У пациента 48 лет после перенесенного гриппа вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура, сухой кашель, слабость, одышка. Слева в верхнем отделе легкого ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. В верхней доле правого легкого определяется неравномерное затемнение без четких границ, на боковом снимке – ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

Ваш диагноз и тактика лечения?

154. У пациента 49 лет диагностирован рак верхней доли правого легкого с ателектазом. Состояние пациента удовлетворительное, данных за метастазы нет.

План дообследования, объем операции?

155. У пациента 30 лет при профилактическом осмотре в верхней доли правого легкого была обнаружена округлой формы гомогенная тень размером 6 см в диаметре с четкими границами.

Дифференциальный диагноз, лечение?

156. Пациент 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку, небольшое количество мокроты, иногда с прожилками крови. Болен 2 месяца. Нарастает упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. При рентгенологическом исследовании – интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доли правого легкого.

О каком заболевании следует думать? План обследования?
Лечение?

157. У пациента 53 лет на основании анамнеза, данных осмотра и рентгенологического исследования диагностирован периферический рак нижней доли левого легкого.

План обследования, лечение?

Перитонит

Задачи 158-161

158. Вас вызвали в инфекционное отделение к пациентке с брюшным тифом, у которой на 14 день заболевания внезапно возникли боли в животе. При пальпации живот умеренно болезненный, больше в правой подвздошной области, напряжен. Печеночная тупость сохранена, перистальтика ослаблена. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Температура 38,9. Пульс – 104 в мин. Количество лейкоцитов в периферической крови $2,8 \cdot 10^9 / \text{л}$

Что произошло с пациенткой? Показана ли ей операция?

159. Пациент 29 лет доставлен на 3-и сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он вял, апатичен, с трудом вступает в контакт. Имеется типичное лицо Гиппократово. Температура 39, 2. Пульс 132 в мин, слабого наполнения. АД 80/40. Дыхание поверхностное, 36 в мин. Язык обложен коричневым налетом, сухой. Живот резко и диффузно вздут, при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга (-), печеночная тупость отсутствует. В

свободной брюшной полости определяется жидкость. Через зияющий сфинктер выделяется жидкий зловонный кал.

Диагноз, тактика лечения?

160. Пациент 14 лет поступил в клинику с жалобами на внезапно появившиеся боли в животе схваткообразного характера, рвоту. Температура 37,5. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, при пальпации выражена разлитая болезненность, слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Язык суховат. Пульс - 84 в мин.

При ректальном исследовании – следы крови на перчатке. Появилось подозрение на инвагинацию, однако при ирригоскопии никаких данных о наличии инвагината не получено. Пациент взят на операцию с диагнозом инвагинации кишечника. На операционном столе выявлен еще один симптом – мелкие петехиальные симметричные высыпания в области коленных суставов и на разгибательных поверхностях голеней.

Какое заболевание? Чем можно подтвердить диагноз? Тактика?

161. Девушка 19 лет обратилась с жалобами на боли в животе неопределенного характера, похудание, диспептические явления, субфебрильную температуру в течение полугода. В анамнезе – туберкулез легких. Истощена, вялая, тургор снижен. Живот втянут, мягкий, при пальпации – разлитая болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга (-). Температура 37,5. Пульс – 76 в мин.

Какой диагноз, как лечить?

Непроходимость кишечника

Задачи 162

162. Из психиатрической больницы доставлен пациент, который сегодня сообщил врачу, что он два дня назад проглотил булавку. Пациент никаких жалоб не предъявляет, общее состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. При рентгенологическом исследовании большая английская булавка обнаружена в тонком кишечнике, она находится в положении.

Что следует предпринять?

163. Пациент 15 лет пришел в приемное отделение с жалобами на частую обильную рвоту, вздутие и боли в животе, жажду. Заболел 2 дня назад после обильной еды. Подобные приступы у него появились за последние 4 года трижды, все они были связаны с перееданием и проходили после промывания желудка. Общее состояние удовлетворительное. Бледен. Температура нормальная. Пульс – 84 в мин. Живот ассиметричен: резко вздут в верхней половине, в то время как подвздошные ямки свободны. При пальпации живота определяется тугоэластическое напряжение в эпигастральной области, пальпация безболезненна, симптомов раздражения брюшины нет, слышен «шум плеска».

Через зонд, введенный в желудок, выделяется большое количество желудочного содержимого, окрашенного желчью.

Какое заболевание у пациента? Какова должна быть тактика врача?

164. Пациент 25 лет, пониженного питания, поступил с жалобами на сильные постоянные боли в области пупка, рвоту, начавшиеся остро 3 часа назад. Стула нет. Газы не отходят. Пациент бледен, беспокоен, все время стремится изменить положение. Язык обложен, влажный. Пульс

100 в мин. Температура нормальная. Живот не вздут, мягкий. Пальпируются спастически сократившиеся петли кишечника. В правой половине живота, приблизительно на уровне пупка, определяется плотное продолговатое образование.

Поставлен диагноз «илеоцекальная инвагинация». Введение спазмолитических средств с последующими сифонными клизмами эффекта не дало. Пациенту произведена лапаротомия. В терминальном отделе спастически сокращенной подвздошной кишки обнаружено образование диаметром около 5 см – плотной консистенции с неровной поверхностью. Создается впечатление, что оно находится в просвете кишки и не связано с ее стенкой.

Какими могут быть причины кишечной непроходимости у пациента? Что нужно сделать?

165. В срочном порядке оперирована пациентка 56 лет по поводу острой кишечной непроходимости. Состояние пациентки средней тяжести. До операции подозревалась спаечная непроходимость, но ревизия брюшной полости показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размерами 10х8 см, подвижна. Ниже ее кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник переполнен кишечным содержимым и газами.

Какое оперативное пособие показано в данном случае?

166. Пациента 55 лет оперируют в экстренном порядке по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки, вызвавшей картину острой кишечной непроходимости 6-часовой давности. После вскрытия брюшной полости обнаружено, что опухоль не прорастает в соседние

органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Какую операцию следует выполнить?

167. Пациент 60 лет поступил в стационар по поводу обтурационной кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки. Общее состояние пациента средней тяжести. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишки забита каловыми массами. Метастазов нет. Опухоль подвижна, намечается участок истончения стенки с возможной перфорацией в ближайшее время.

Ваша тактика?

168. Пациент 68 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, вызывающей частичную кишечную непроходимость. При ревизии выявлено, что опухоль размерами 15x10 см, плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается много метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника.

Как вы закончите операцию?

169. У ребенка 2 лет среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками. Приехавший врач скорой помощи нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре никакой патологии у него не обнаружил и уехал.

Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося еще через полчаса и столь же кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи.

Температура оставалась нормальной, пульс – 100 в мин. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании патологии не определяется, отчетливо видна кровь. Лейкоцитоз $12 \cdot 10^9 / \text{л}$

Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первом осмотре пациента? Ваш предположительный диагноз? Какое уточняющее диагностическое исследование следует предпринять? Лечение?

170. Пациент 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 часа от начала заболевания, с жалобами на сильные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние пациента средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс – 92 в мин, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста. Сифонная клизма: введение небольшой порции жидкости вызвало появление стула цвета «мясных помоев». Заподозрена илеоцекальная инвагинация. Операция – лапаротомия правосторонним параректальным доступом по Ленандеру. Инвагинация не выявлена. Рана зашита, переход на средне-срединный разрез. Установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки. Отверстие в диафрагме было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме ушито.

Какие ошибки привели хирурга к неправильному диагнозу? Правильная тактика операции?

171. Пациент 17 лет во время тяжелого физического напряжения почувствовал резкую боль внизу живота, через 10-15 минут боль значительно уменьшилась. Через 4 часа боль снова усилилась, распространилась по всему животу, появилось вздутие живота, была трижды рвота. Пациент положил на живот грелку, которая несколько уменьшила боли. Вскоре у него обильно отошли газы, боли прошли. Ночь провел спокойно, а утром снова появились сильные схваткообразные боли в животе, метеоризм, не отходили газы, не было стула, появилась рвота.

При поступлении через сутки общее состояние удовлетворительное. Температура нормальная, пульс 76 в мин. Язык влажный. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной и паховой области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. Диагноз дежурного врача: острая кишечная непроходимость. Сифонная клизма, обильно отошли газы и был стул. Живот опал, перистальтика стала нормальной, боли прекратились. Пациент отпущен домой, а на следующий день доставлен в больницу с явлениями перитонита.

В чем состояла ошибка врача?

172. Пациент 43 лет проснулся ночью от сильнейших болей в эпигастриальной области, чувства переполнения желудка. Жалуется на жажду, но пить не может, так как выпитую жидкость тут же срыгивает. Накануне вечером много ел и пил. Известно, что у пациента имеется релаксация левого купола диафрагмы. Пациент бледен, испуган, мечется, временами принимает коленно-локтевое положение, громко стонет. Температура нормальная. Артериальное давление снижено пульс 120 в мин. Обращает на себя внимание резкое вздутие эпигастриальной области, здесь же определяется ригидность брюшной стенки и отчетливо

слышен «шум плеска», перистальтические шумы не выслушиваются. На остальном протяжении живот остается мягким, безболезненным, симптомов раздражения брюшины нет.

Каков предположительный диагноз? С помощью каких исследований его можно подтвердить? Как лечить пациента?

173. Пациент 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние пациента средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная. Пульс 112 в мин. Язык влажный, живот вздут больше в верхней половине, мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не прослушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкая кишка вздута.

Ваш диагноз и тактика лечения?

174. Пациент 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота, схваткообразного характера, отдающие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Пациент страдает запорами, отмечает, что состояние, напоминающее настоящее, было несколько раз и разрешалось дома после очистительной клизмы.

Общее состояние пациента удовлетворительное, температура нормальная, пульс 72 в мин., язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» - резко вздута правая половина, при пальпации мягкий,

безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии – высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму – жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Диагноз? Какая операция и в какие сроки должна быть произведена?

175. Пациент 32 лет поступил с жалобами на боли в животе, однократную рвоту в начале заболевания. Осмотрен через 3 часа от начала заболевания. Общее состояние пациента удовлетворительное, язык суховат. Пульс 92 в мин. Температура нормальная. Живот вздут в области пупка, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. В области вздутия пальпируется плотноэластическое образование. Положительный симптом Валя. Создается впечатление, что правая подвздошная ямка пуста. При ректальном исследовании – положительный симптом Обуховской больницы. Газы не отходят, был скудный стул. Дежурный врач поставил диагноз острая кишечная непроходимость. Учитывая, что 2 года назад пациент оперирован по поводу острого аппендицита, а максимальная болезненность определяется в правой подвздошной области, он решил, что непроходимость спаечного характера, и начал операцию, вскрыв брюшную полость по старому операционному рубцу в подвздошной области. Однако сращений в подвздошной области не было, а слепую кишку на обычном месте врач не обнаружил.

Какие ошибки допущены врачом? Как следует продолжить операцию?

176. Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от

жестоких болей в животе, постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Через час после заболевания был госпитализирован в хирургическое отделение. Состояние пациента тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 в 1 мин., АД 90/60 мм рт.ст. Температура нормальная. Пациент беспокоен, все время меняет положение. Кричит от болей. Рвота продолжается, рвотные массы приобрели каловый запах. Стула нет, газы не отходят. Живот мягкий, ассиметрично вздут в правой половине, где нечетко пальпируется плотноэластическое образование. В отдельных местах определяется притупление. Симптом Щеткина-Блюмберга (-). Определяется «шум плеска». Перистальтика не выслушивается. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула прямой кишки пуста.

Ваш диагноз и действия?

177. Пациент 56 лет, находящийся в отделении терапевтической клиники по поводу тяжелой формы н/долевой крупозной пневмонии слева, со 2-го дня заболевания стал жаловаться на распирающие тупые боли в животе, которые постепенно нарастали. Вздулся живот. Появилась задержка стула, перестали отходить газы, появилась рвота, не вызывавшая облегчения. Температура в это время была 38, а пульс 120 в мин. Живот вздут, но мягкий, слегка болезненный при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При перкуссии высокий тимпанит. Свободная жидкость в животе не определяется. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, в прямой кишке небольшое количество каловых масс.

При рентгенологическом исследовании определяется большое количество газа в желудке, тонкой и толстой кишке. Жидкости в

кишечнике немного. Диафрагма стоит высоко, подвижность ее ограничена.

Ваш диагноз и тактика лечения?

178. Пациентка 65 лет, гипертоник с мерцательной аритмией, поступила через 3 часа от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие жестокие боли в животе, постоянного характера без четкой локализации. Пациентка громко стонет, мечется, принимает коленно-локтевое положение. Отмечается многократная рвота с запахом кишечного содержимого, не приносящая облегчения, частый водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние тяжелое. Лицо бледное, покрыто холодным потом, пульс 112, аритмичный, АД 160/90, температура тела 36,4. Язык суховат. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, симметричен, при пальпации мягкий, боли при пальпации не усиливаются; при перкуссии – участки тимпанита чередуются с участками притупления перкуторного звука. Перистальтические шумы не выслушиваются, хотя пациентка утверждает, что вскоре после начала заболевания она слышала громкое урчание кишечника. При ректальном исследовании патологии не найдено. Лейкоциты в периферической крови $2,1 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $5 \cdot 10^{12}$ /л.

Диагноз, тактика?

179. Пациент 29 лет поступил с диагнозом выпадения прямой кишки. Выпадение произошло 2 часа назад во время акта дефекации. В последние 2 дня у пациента появились схваткообразные боли в животе и ложные позывы на стул. При осмотре пациента хирург обнаружил, что из заднего прохода действительно выпадает около 15 см кишки, вывернутой слизистой оболочкой наружу. Однако анамнез заболевания

и тщательное исследование места выпадения заставили хирурга изменить первоначальный диагноз и тактику лечения пациента.

Какой диагноз и на основании каких данных был поставлен? Какое дополнительное обследование надо предпринять?

180. У мальчика 12 лет поставлен диагноз илео-цекальной инвагинации. С момента начала заболевания прошло 10 часов. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Какова должна быть лечебная тактика?

181. Пациентку 46 лет 4-й раз оперируют по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, которой она страдает в течение 6 лет. В свободную брюшную полость удалось войти с большими трудностями из-за распространенного спаечного процесса. После разделения большого числа спаек было обнаружено, что значительная часть тонкой кишки и сальника спаяны в плотный конгломерат. Известно также, что во время одной из предыдущих операций пациентке был наложен тонкокишечный обходной анастомоз. Состояние пациентки перед операцией было средней тяжести.

Что должен сделать хирург во время операции?

182. Пациентку 39 лет, страдающую в течение 4 лет приступами спаечной непроходимости, оперируют по поводу острой кишечной непроходимости. Хирург разделил значительное количество сращений, перитонизировал десерозированные участки кишечника и брюшной полости.

Какие мероприятия следует выполнить для предупреждения образования новых спаек?

183. Пациентке 28 лет была произведена сложная гинекологическая операция 3 года назад. С тех пор было 5 приступов острой спаечной кишечной непроходимости. Все они сравнительно легко купировались после консервативных мероприятий. На этот раз приступ начался более резко и протекал значительно тяжелее предыдущих.

Общее состояние пациентки тяжелое, боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота. Многократная рвота. Пациентка беспокойна, меняет положение. Пульс 100 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. Слева от пупка контурируется неперистальтирующая петля кишки.

Почему клиническая картина непроходимости на этот раз отличается от предшествующих приступов? Какой тактики следует придерживаться?

184. Оперируют пациента 60 лет с узлообразованием тонкой кишки через 4 часа от момента заболевания.

Каков порядок ваших действий (варианты)?

185. Пациентка 46 лет, на 4-е сутки после операции резекции 2/3 желудка по Бильрот-1 предъявила жалобы на усиление болей в животе, чувство метеоризма, задержку газов. Была однократная рвота. Температура поднялась до 38,5. Пульс 108. Язык суховат, живот резко и равномерно вздут, умеренно болезненен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен. В брюшной полости определяется жидкость. Печеночная тупость не определяется. Перистальтика отсутствует. Лейкоцитоз $11,3 \cdot 10^9 / л$

Что произошло с пациенткой? Ваша тактика?

186. Пациентка 26 лет спустя 5 суток после операции аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита пожаловалась на боли внизу живота, вначале возникавшие периодически, а затем принявшие постоянный характер. У пациентки появилось вздутие живота, а затем прекратилось отхождение газов и кала, в то время как накануне после клизмы у нее был стул и отошли газы.

Появилась рвота, общее состояние пациентки ухудшилось, она стала вялой, адинамичной, черты лица заострились. Язык суховат, живот вздут больше в правой половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтические шумы не прослушиваются. Пульс 112. Температура нормальная. Лейкоцитоз $8,6 \cdot 10^9 / \text{л}$. При пальцевом ректальном исследовании патологии не установлено. Попытки разрешить парез энергичным применением средств, стимулирующих кишечник, к успеху не привели. Состояние пациентки продолжает ухудшаться.

Какое осложнение возникло у пациентки? Что следует предпринять?

187. Пациент 40 лет, работающий на аккумуляторном заводе, поступил с жалобами на нарастающую слабость, раздражительность, плохой аппетит, тошноту, головокружение. Накануне внезапно появились резкие боли в животе схваткообразного характера, отмечает задержку стула и газов.

Пациент бледен, беспокоен, кричит, меняет положение. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 68. АД 170/90. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот втянут, при пальпации мягкий, слегка

болезненный в нижних отделах. Гемоглобин 90 г/л., Эр. $2,2 \cdot 10^{12}/л.$, ретикулоцитов 25%.

Какое заболевание можно заподозрить у пациента? Какие дополнительные данные необходимы для диагноза? Как лечить пациента?

188. Пациентка 65 лет взята на операционный стол с предположительным диагнозом эмболии брыжеечной артерии через 3 часа от начала заболевания. По вскрытии брюшной полости диагноз подтвердился.

Каковы тактические варианты?

189. Пациентка 26 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, отсутствие стула, неотхождение газов, рвоту. Пациентка кричит, требует, чтобы сделали операцию.

По рассказам пациентки, несколько лет назад она попала в автомобильную катастрофу и у нее были разорваны желудок, толстая и тонкая кишка, повреждены печень и селезенка. После этого у нее периодически развивается спаечная непроходимость, по поводу которой ее трижды оперировали. Общее состояние удовлетворительное. Температура нормальная, пульс 80. На животе по средней линии виден большой послеоперационный рубец. При пальпации живот болезненный во всех отделах, напряжен, резко выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика нормальная, язык чистый, влажный. При обследовании прямой кишки патологии не обнаружено. Лейкоцитоз $4,8 \cdot 10^9/л$

Соседи пациентки по палате сообщили, что когда врач уходит из палаты, пациентка успокаивается, перестает кричать.

Что с пациенткой? Как подлежит поступать врачу?

190. Пациент 16 лет оперирован ночью по поводу острого аппендицита. К утру стал крайне беспокоен, мечется от боли. Боль носит постоянный характер, дыхание частое, поверхностное, грудного типа. Язык сухой. Пульс 120, легко сжимаем. Живот напряжен, даже легкое прикосновение к коже живота вызывает резкую болезненность. Перистальтика почти не выслушивается, в то же время пациент говорит, что вскоре после операции в животе появилось сильное урчание и трижды был жидкий стул. Температура 39.

Симптом Щеткина-Блюмберга разлитой, резко выражен. Печеночная тупость определяется, жидкости в свободной брюшной полости нет. Оперировавший хирург сообщил, что во время операции обращала на себя необычная отечность и гиперемия брюшины, выпота в брюшной полости не было. Макроскопически им был поставлен диагноз флегмонозного аппендицита.

Что происходит с пациентом, какова должна быть тактика?

191. Пациентка 56 лет поступила в стационар с картиной хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура 38,1, пульс 92. Живот болезнен только в правом подреберье, где определяется умеренно выраженное защитное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Пациентка получила консервативное лечение.

Внезапно состояние пациентки резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, пациентка побледнела, появились одышка и рвота.

Ваши действия.

Учебное издание
Петухов Владимир Иванович

Сборник клинических задач по хирургии для самоподготовки и
самоконтроля врачей-интернов.

Сборник задач

Редактор Петухов В.И.

Технический редактор

Компьютерная верстка Мотоусова Л.В.

Подписано в печать _____ 2020 г. Формат бумаги 64х84/16

Бумага типографская №2. Ризография.

Усл. печ. л. ____ Уч.-изд. л. ____

Тираж ____ экз. Заказ ____

Издатель и полиграфическое исполнение

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»

ЛИ № 02330/0549444 от 8.04.09

Пр-т Фрунзе, 27, 210602, г.Витебск.